

association de CHOUILLY

NOM , PRENOM de l'enfant :

DATE DE NAISSANCE de l'enfant :

RESPONSABLE

mère

père

Adresse mail :

MERE

Nom : Prénom : Civilité :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal + ville

Téléphone : domicile : bureau : portable :

CAF

MSA

Centre de Sécu : N° SS :

Employeur : Profession :

PERE

Nom : Prénom : Civilité :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal + ville

Téléphone : domicile : bureau : portable :

CAF

MSA

Centre de Sécu : N°SS :

Employeur : Profession :

Je soussigné(e), responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE :

SIGNATURE :

NOM et ADRESSE des personnes habilitées à reprendre l'enfant à la sortie de la structure, à la place des parents :

L'enfant est il autorisé à rentrer seul : oui non

En cas d'accident prévenir de préférence le Docteur : Téléphone :

Lieu médical souhaité en cas d'urgence : hôpital ou clinique :

AUTORISATION

Autorise n'autorise pas

La diffusion des photographies de mon/mes enfant(s).....
(internet , journaux)

Fait à le

SIGNATURE du père

SIGNATURE de la mère